

## Homens que fazem sexo com homens e a análise ética da triagem dos doadores de sangue no Brasil

Mirtha Susana Yamada Tanaka  
Aline Albuquerque de Oliveira

**Resumo** Este trabalho tem como escopo a análise ética da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 153/2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil, quanto aos aspectos de direitos humanos que envolvem a vedação, aos homens que fazem sexo com homens (HSH), de doação de sangue pelo prazo de um ano após a última relação. Na análise ética empregou-se o modelo proposto por Mann e Gostin, que utiliza os direitos humanos como parâmetro de avaliação de políticas públicas em saúde. O estudo demonstrou que o propósito da política nacional de sangue é claro e preciso quanto a garantir a segurança transfusional, assim como que há evidências da efetividade das medidas de triagem laboratorial e epidemiológica. Ainda, verificou-se que não há severa restrição dos direitos humanos da população de HSH. Considerando que a atual política nacional de sangue de exclusão temporária de HSH coaduna-se com as normas e princípios dos direitos humanos, concluiu-se que a referida resolução deve permanecer inalterada.

**Palavras-chave:** Sangue. Doações. Triagem. Homossexualidade masculina. Direitos humanos.



**Mirtha Susana Yamada Tanaka**  
Mestre em Medicina, especialista em Regulação e Vigilância Sanitária, técnica da Gerência Geral de Toxicologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, Brasil

Este artigo visa analisar eticamente a restrição de doação de sangue relativa aos homens que fazem sexo com homens (HSH) estabelecida pela Resolução RDC 153, de 14 de junho de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) <sup>1</sup>, mediante o emprego do referencial dos direitos humanos, aplicável à avaliação de políticas e programas de saúde pública, tal como desenvolvido por Mann e Gostin <sup>2</sup>. Objetivando contextualizar a problemática, são a seguir explicados os acontecimentos que condicionaram a adoção de tal medida.

A história remonta ao início da epidemia da síndrome de imunodeficiência adquirida (aids), no final da década de 70, e a sua disseminação fundamentalmente pelas vias sexual e sanguínea <sup>3-5</sup>. Esse fato desencadeou a adoção de nova política transfusional mundial, com a introdução de diversos procedimentos nos serviços hemoterápicos visando



**Aline Albuquerque de Oliveira**  
Doutora em Ciências da Saúde,  
mestre em Direito, coordenadora  
de Legislação e Normas do  
Ministério da Saúde, Brasília, Brasil

a garantir a segurança transfusional, focados, principalmente, na prevenção da transmissão de doenças infecciosas como a aids <sup>3-6</sup>.

Os primeiros casos de pacientes contaminados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) mediante transfusão sanguínea foram detectados no começo da epidemia, com elevada taxa de letalidade <sup>3,4,5</sup>. À época, a rápida expansão mundial da aids foi associada a transfusões de hemoderivados, como aconteceu na França, no período de 1985 a 1993, quando a administração de derivados de sangue causou a infecção de 1.927 receptores e a morte de 250 hemofílicos <sup>6-8</sup>. No Brasil, a situação também era bastante complicada, pois se enfrentava o problema da comercialização de sangue <sup>9</sup>. Entretanto, apesar dessas dificuldades e de não se contar com o mesmo volume de recursos disponíveis em países desenvolvidos, acidentes de natureza tão grave não aconteceram no país.

Esses sérios problemas transfusionais forçaram os governos e a comunidade científica mundial a trabalharem aceleradamente com o objetivo de melhorar a produção de hemoderivados, com aperfeiçoamento dos métodos de inativação viral. O mesmo não aconteceu com os hemocomponentes, que não costumam passar pelo referido processo, sendo necessária a adoção de outras medidas. Foram implantados novos procedimentos de triagem laboratorial de HIV e outras infecções, a partir dos quais a transmissão sanguínea foi reduzida, mas não eliminada. Essa probabilidade residual de transmissão se deve principalmente à possibilidade da existência de doadores na denominada fase de *janela imunológica*, período inicial da infecção em que os testes de diagnóstico são negativos <sup>10</sup>. Para diminuir esse risco residual foram incluídas outras duas medidas: a possibilidade de autoexclusão e a triagem epidemiológica, com as quais houve significativa redução da transmissão transfusional <sup>10</sup>. Essa estratégia foi implantada na maioria dos serviços de hemoterapia no mundo <sup>6</sup>. A RDC 153 <sup>1</sup>, atual-

mente vigente, determina a exclusão, pelo período de um ano, dos doadores HSH e seus parceiros sexuais.

Nos últimos anos, no Brasil <sup>11</sup>, como em outros países <sup>5</sup>, diversos grupos de defesa dos direitos dos homossexuais iniciaram discussões e questionaram a Anvisa e o Ministério da Saúde sobre a disposição constante da resolução aludida quanto à triagem epidemiológica, que impossibilita aos HSH doar sangue temporariamente. Esses grupos propugnam a revogação da norma sob a justificativa de que seria discriminatória e baseada em preconceito homofóbico.

Em paralelo, desde o final da década de 80 o número de processos judiciais contra o Estado, referentes à transmissão transfusional de infecção pelo HIV e outros microrganismos, vem aumentando progressivamente. A maioria deles com decisões a favor dos requerentes, fundamentadas no princípio de proteção do direito à saúde da pessoa humana e na responsabilização do Estado. Como exemplo, tem-se a primeira ação judicial proposta pela família do cartunista Henfil contra a União e o Estado do Rio de Janeiro <sup>12</sup>.

Diante desse conflitante panorama em torno da normativa em questão, este artigo objetiva examinar a atual política nacional de sangue, especificamente no que se refere à exclusão temporária dos HSH da doação de sangue. Com a finalidade de aprofundar o estudo do problema, o trabalho busca apresentar contribuição para que a tomada de decisão governamental no âmbito da política nacional de san-

gue seja realizada à luz do referencial dos direitos humanos aplicáveis ao campo da saúde pública.

### **Balizamento normativo acerca da triagem de doadores de sangue e HSH**

Este tópico tem como escopo investigar as normas que no Brasil tiveram como alvo regulamentar a triagem de doadores de sangue, bem como apresentar o panorama do regramento normativo adotado em outros países.

Na década de 80, após o avanço da epidemia de aids e dos acidentes ocorridos por transfusão de sangue e hemoderivados, a França, os Estados Unidos da América (EUA) e outros países adotaram critérios rígidos quanto à exclusão de doadores <sup>7,13</sup>. Em setembro de 1985, a *Food and Drugs Administration* (FDA) fez a seguinte recomendação: *Todos os homens que tenham feito sexo com outros homens, em qualquer momento desde 1977, são definitivamente excluídos como doadores de sangue* <sup>6,14</sup>. Inglaterra, EUA, Canadá, Austrália e a *European Blood Alliance* (rede de organizações nacionais de sangue que prestam importantes serviços nos estados-membros da União Europeia), bem como a maioria dos países desenvolvidos, com pequenas exceções, seguiram a recomendação da FDA <sup>6,13-16</sup> – baseada nas informações estatísticas e evidências científicas que mostraram que os HSH apresentam maior risco de infecção pelo HIV do que a população em geral <sup>13,15,17</sup>.

O Brasil, diferentemente de outros países, manteve critérios menos restritos, o que pode ser notado a partir das legislações nacionais que trataram do tema. A Lei 7.649<sup>18</sup>, de 25 de janeiro de 1988, regulamentada pelo Decreto 95.721<sup>19</sup>, de 11 de fevereiro de 1988, definiu a obrigatoriedade das provas de laboratório para detecção das seguintes infecções: hepatite B, sífilis, doença de Chagas, malária e aids. A Portaria 721<sup>20</sup> do Ministério da Saúde, de 9 de agosto de 1989, determinou a exclusão dos parceiros sexuais de indivíduos expostos a fatores de risco para aids. A Portaria 1.376<sup>21</sup> do Ministério da Saúde, de 19 de novembro de 1993, estabeleceu a exclusão definitiva dos indivíduos com sorologia positiva para HIV e/ou história de pertencer ou ter pertencido a grupos de risco para aids e/ou que tenham como parceiro sexual indivíduos que se incluam naquele grupo.

A partir da RDC 343<sup>22</sup> da Anvisa, de 13 de dezembro de 2002, a norma brasileira tornou-se menos rigorosa, inabilitando apenas por um ano os doadores HSH e suas parcerias sexuais. Esta mesma determinação é mantida pela RDC 153<sup>1</sup>. Entretanto, a norma não restringe a doação por mulheres homossexuais, além de inabilitar a doação por outras causas – idosos e menores de idade, portadores de anemia, doenças infecciosas, pacientes em tratamento com certas medicações – e em muitas outras situações, como as constantes em seu item B.5.2.7.2, alínea “d” do Anexo I, denominado *Situações de risco acrescido* (pessoas que tenham feito sexo em troca de dinheiro ou drogas, vítimas de estupro, detentos,

parceiros sexuais de pacientes em programa de hemodiálise etc.).

Assim, devido aos graves acidentes ocorridos com a transmissão de HIV e outras infecções por transfusões sanguíneas, o Brasil adotou diversas medidas legais para garantir a segurança transfusional, contudo menos rigorosas que as da maioria dos países que seguiram estritamente a recomendação feita pelo FDA. Destaca-se que a política nacional de sangue também contempla muitas outras exclusões, temporárias ou permanentes, na doação de sangue, o que denota a preocupação com a segurança dos doadores (como idosos, grávidas, pessoas enfermas etc.) e dos receptores do sangue (transmissão de infecções e outros), com base nos riscos transfusionais e a tecnologia disponível.

### **O referencial dos direitos humanos na avaliação ética de práticas em saúde pública**

A prática da transfusão sanguínea envolve uma série de questões éticas que implicam a análise da responsabilização moral tanto em relação aos doadores quanto aos receptores. As deliberações governamentais sobre o tema devem sempre considerar aspectos éticos, notadamente aqueles advindos do cotejo da política pública de doação de sangue com o respeito, proteção e realização dos direitos humanos. As considerações éticas da problemática, objeto deste estudo, serão feitas a partir do referencial dos direitos humanos, aplicados à saúde pública, tal como desenhado por Mann e Gostin<sup>2</sup>. Esses autores propõem

um instrumento analítico que possibilita aos profissionais de saúde sua aplicação sistemática para avaliar os efeitos das políticas de saúde pública sobre os direitos humanos.

O referencial adotado se desdobra em sete fases diferenciadas e tem a finalidade de verificar se a política/programa é eticamente aceitável e adequada à perspectiva dos direitos humanos: 1ª) clarificar o propósito da política pública; 2ª) avaliar a efetividade da política; 3ª) determinar se a política de saúde pública tem populações-alvo bem determinadas; 4ª) examinar o impacto da política sobre os direitos humanos; 5ª) determinar se a política é a opção menos restritiva para alcançar o objetivo proposto; 6ª) verificar se a medida coercitiva de saúde pública é a mais efetiva e a alternativa menos restritiva, com base no padrão de risco significativo; 7ª) verificar se a medida restritiva é realmente necessária para prevenir um risco significativo e se garante procedimentos razoáveis às pessoas afetadas.

Em primeiro lugar, analisaremos o propósito da política de restrição temporária de doação de sangue por HSH, qual seja, a segurança transfusional. É necessário lembrar que, apesar do grande avanço tecnológico nos últimos anos, a terapêutica transfusional não é isenta de riscos, sendo a transmissão de doenças infecciosas um dos principais dentre eles. Assim, o objetivo precípua da norma sanitária, aplicada às transfusões sanguíneas, componentes e derivados, é o de reduzir e no possível eliminar os riscos à saúde tanto do doador quanto do receptor. As triagens laboratorial e epidemiológica, incluindo a exclu-

são temporária dos HSH, foram introduzidas para tal finalidade, especialmente no concernente às infecções transmitidas pelo sangue<sup>6,10,12</sup>. Além disso, diversos estudos demonstram o maior risco de os HSH contraírem DST/aids<sup>6,11,14,17</sup>. Portanto, há um objetivo preciso e claro que não deixa lugar a especulações.

Na avaliação da efetividade das medidas adotadas pela política de sangue, em nível nacional e internacional, como a triagem laboratorial e epidemiológica e novas técnicas de inativação viral, observou-se grande impacto na diminuição dos riscos de transmissão de infecções mediante transfusões sanguíneas, especialmente após os sérios problemas ocorridos no início da epidemia. Tal decréscimo mostra que essas medidas são bastante razoáveis para os objetivos propostos.

Com efeito, na dimensão mundial, até 1987 a transmissão do HIV via sanguínea decorreu de transfusões de sangue completo, hemocomponentes, plasma e fatores de coagulação. Por exemplo, antes da implantação da triagem sorológica e tratamento de inativação viral do sangue, 12.000 pessoas nos EUA foram infectadas pelo HIV por transfusões de sangue<sup>23</sup>. Estudos realizados entre 1985 e 1991, naquele país, indicam que o risco de transmissão do HIV era de aproximadamente um caso por 60.000 unidades transfundidas<sup>6</sup>. Após a adoção das medidas preventivas e o avanço nas técnicas de inativação viral, constatou-se que esse risco residual diminuiu expressivamente: nos EUA<sup>24</sup> passou a ser de 1/450.000 a 1/660.000 no período de 1992-1993, e no

Canadá <sup>16</sup>, de 1,43/1.000.000, similar à maioria dos outros países desenvolvidos <sup>8,24-26</sup>. Em regiões em desenvolvimento, como no Oriente Médio e norte da África, a soroprevalência de HIV em indivíduos de múltiplas transfusões sanguíneas diminuiu de 270/10.000, no período de 1987-1989, para 7/10.000, em 1995 <sup>27</sup>.

O resultado das medidas adotadas no Brasil a partir de 1988 <sup>20</sup>, como a obrigatoriedade dos testes sanguíneos para detecção de infecções, a possibilidade de autoexclusão e a triagem epidemiológica, foi exitoso, como demonstra a drástica redução nas taxas de transmissão do HIV por via sanguínea <sup>9,28-30</sup>. Em 1984, as duas subcategorias – transfusões e hemofílicos – corresponderam a 26,66% e 66,67% do total de casos de aids por transmissão sanguínea no Brasil, sendo os restantes 6,67% creditados ao compartilhamento de agulhas e seringas (UDI) <sup>29</sup>. Em 1992 os percentuais mudaram, com queda da transmissão por transfusões (6,90%), especialmente entre os hemofílicos (2,22%) <sup>29</sup>. No ano de 2000, a subcategoria UDI prevaleceu (99,33%), diminuindo ainda mais a transmissão transfusional (0,29%), bem como a disseminação entre os hemofílicos (0,38%) <sup>29,30</sup>.

Analisando a política de sangue de exclusão da doação em relação às populações-alvo, verifica-se que essas são bem determinadas, incluindo não apenas os HSH, mas também outras populações com características que elevam o risco transfusional para os próprios doadores, como idosos, portadores de anemia ou de doenças cardiovasculares, infecciosas e

muitas outras constantes no item B.5, intitulado *Critérios para a seleção dos doadores*. A restrição à doação de sangue também é aplicada a todos os casos tipificados no item *Situações de risco acrescido* (item B.5.2.7.2, alínea “d” do Anexo I da RDC 153/2004) <sup>1</sup>, pois em qualquer deles o risco de transmissão do HIV aumenta para os receptores. Portanto, a resolução não se restringe apenas aos HSH, abrangendo uma parcela maior (e diferenciada) da população.

Examinando a política de sangue em relação aos direitos humanos dos HSH, observa-se que o grau de intromissão não causa relevante violação de seus direitos. Assim, não há severa restrição da liberdade ou privacidade da pessoa humana. Somente lhes é vedada a doação de sangue por tempo limitado. Sabe-se que o direito à liberdade ou à privacidade não é absoluto, todas as sociedades impõem certas restrições, especialmente quando há interferência nos direitos dos outros e/ou perspectiva de iminente dano à saúde coletiva. No caso, esta restrição justifica-se pelos elevados benefícios à população pela comprovação da redução drástica da transmissão de infecções pelo sangue. Dessa forma, os benefícios coletivos superam a limitada restrição aos direitos humanos de alguns.

É preciso considerar, ademais, que na atualidade não existe alternativa para a consecução do objetivo proposto pela política nacional de sangue, pois há limitações de ordem técnica e operacional e não existem testes laboratoriais capazes de eliminar completamente o risco de transmissão de infecções pelo san-

gue. Conforme novas tecnologias sejam descobertas, a restrição de doação para os HSH e outros grupos populacionais deverá ser reavaliada. Os países que contam com mais recursos tecnológicos utilizam testes laboratoriais mais sensíveis, que detectam as infecções mais precocemente que os realizados pelos hemocentros brasileiros. Apesar de tais vantagens, os países desenvolvidos continuam adotando medidas de triagem epidemiológica, as quais são ainda mais rigorosas que as nossas, excluindo permanentemente os HSH desde 1977<sup>6,13,14,16</sup>.

Estudos recentes indicam que o incremento no risco, devido à falha na detecção da infecção pelo HIV no processo de triagem de sangue, caso seja flexibilizada a norma ou excluída a pergunta sobre orientação sexual, seria 50%-500% maior do que se esta permanecesse. Szwarcwald e Barbosa, em 1998, fizeram uma estimativa sob o risco em duas situações<sup>31</sup>. Na primeira, a pergunta sobre HSH permanece no processo de triagem. Na segunda, não há esta triagem. Na primeira situação, a cada 100.000 doadores, em média, 1,4 teria infecção recente e não detectada pelo processo rotineiro. Na segunda, a cada 100.000 doadores, em média, 2,1 teriam infecção que não seria detectada – o que significa um aumento de 50% no risco biológico.

Pesquisas realizadas nos EUA, Canadá e Inglaterra demonstram que o risco de transmissão de HIV incrementaria em 8%-60% se a norma vigente (exclusão definitiva de doadores HSH desde 1977) fosse alterada para a exposição de HSH por um ano (como é a norma atual bra-

sileira), sendo que este risco cresceria 500% se fosse excluída tal seleção<sup>15,32,33</sup>. Esses estudos mostraram ainda que uma mudança no critério para o período de um ano não traria benefício significativo quanto ao incremento de doadores. Nos EUA, Spencer estimou que a alteração da norma nesse sentido elevaria o número das doações de sangue em apenas 12 doadores novos/ano, num total de 200.000 doadores/ano<sup>34</sup>.

É importante ressaltar que os riscos relacionados à doação de sangue contaminado são grandes: o paciente receptor será muito provavelmente infectado. Quanto à aids, a probabilidade de infecção de um receptor de sangue contaminado pelo HIV é de 70%-90% dos casos<sup>23,27</sup> e um único doador infectado pode transmitir HIV e outras infecções para vários receptores<sup>23</sup>.

Além do elevado risco de infecção por sangue contaminado, a situação de saúde dos receptores deve ser considerada. Os potenciais receptores, isto é, qualquer pessoa que precise ser submetida a cirurgias eletivas ou emergenciais, vítimas de acidentes, pacientes em uso crônico de produtos sanguíneos – como os em programas de hemodiálise – e portadores de doenças hematológicas, entre outros, deverão ter assegurado seu direito à saúde. Registre-se que as infecções que podem ser transmitidas pelo sangue produzem quadros crônicos, graves e até letais, são de difícil manejo terapêutico, causam sérias alterações na qualidade de vida dos pacientes e, sem dúvida, agravarão o quadro preexistente. É o caso da aids, hepatites B e C, infecção pelo HTLV I/II etc.

De acordo com os estudos apresentados, se, neste momento, a norma se tornasse menos rigorosa o risco residual aumentaria, indicando, portanto, a necessidade de mantê-la inalterada, ao menos por enquanto. As medidas adotadas, quer de triagem laboratorial e epidemiológica quer da possibilidade de autoexclusão, são necessárias e ainda constituem as normas menos restritivas e mais efetivas para a consecução do objetivo proposto pela política nacional de sangue. Por meio delas se pode incrementar a segurança dos receptores de sangue, prevenir riscos significativos a sua saúde associados à aquisição de doenças crônicas e até letais, as quais deterioram enormemente a qualidade de vida dos afetados e suas famílias.

Caso o Estado falhe na efetivação de seus deveres correlatos às normas de direitos humanos, mediante a não adoção das medidas adequadas para assegurar sangue de qualidade, poderão ocorrer danos irreversíveis à saúde para os indivíduos transfundidos. Além disso, somam-se os gastos indiretos que o Estado terá que arcar pelos serviços médicos e hospitalares dos pacientes portadores de doenças transmitidas pelo sangue contaminado. Salienta-se, todavia, que outra responsabilidade do Estado, decorrente desses mecanismos de triagem, é a de assegurar que as pessoas diretamente responsáveis pela abordagem do doador e, particularmente, os entrevistadores, sejam corretamente treinadas para realizar o trabalho com o devido respeito à dignidade da pessoa – evitando, assim, constrangimentos desnecessários. Dessa forma se estará, ao mesmo tempo, maximi-

zando o acesso da população a procedimentos de saúde seguros, sem ferir os direitos humanos individuais.

### Considerações finais

De acordo com a legislação vigente, a doação de sangue deve ser ato voluntário, anônimo, não remunerado e altruísta. A última qualidade é relevante, pois há evidências de desvio de finalidade por parte dos candidatos à doação, o que descaracteriza seu caráter altruísta, incrementando assim o risco da transfusão. De acordo com pesquisa recente realizada com os HSH, estes procuram diversos serviços médicos, entre eles os hemocentros, não com a finalidade adequada, a de doar sangue, mas com o intuito de realizar testes para descartar de infecção pelo HIV<sup>35</sup>. Esse comportamento incrementa o risco transfusional, pois muitos desses HSH podem estar em fase de janela imunológica, não sendo detectada a presença do HIV pelos testes laboratoriais aplicados. Considerando que apenas os testes laboratoriais não asseguram a eliminação do risco transfusional, quanto mais eficientes forem as medidas complementares, tais como a triagem clínico-epidemiológica e a possibilidade de autoexclusão, menor será o risco residual transfusional. Em tal circunstância é imprescindível sublinhar a elevada possibilidade de infecção dos receptores do sangue contaminado (70%-90%).

Pode-se prever que, de acordo com os estudos descritos, qualquer alteração eventual da norma, com o objetivo de torná-la menos rigorosa, poderá levar ao aumento de casos de



transmissão de doenças infecciosas, não apenas aids, o que conduzirá ao incremento dos riscos. Em consequência, haverá crescimento do número de processos contra o Estado, elevação do valor das indenizações, bem como demanda por medicamentos de alto custo para tratamento da infecção pelo HIV e outras infecções nos receptores contaminados, além do enorme custo social. Há que se considerar que as doenças transmitidas pelo sangue, por exemplo, aids, hepatites B e C, produzem grande impacto na saúde pública, são de difícil manejo, exibem complicações graves e seu tratamento, na maioria das vezes, não leva à cura e gera grandes despesas, tanto para as famílias quanto para o sistema público de saúde. Na hipótese de eliminar a triagem de HSH, existe a possibilidade de exigência por parte dos receptores de sangue de conhecer a procedência das bolsas, alegando seu direito de receber sangue de qualidade. Os

médicos, por sua vez, cientes dos riscos da transfusão sanguínea, caso a triagem fosse suspensa, ficariam sujeitos ao dilema ético de decidir entre a necessidade da transfusão e os riscos da própria transfusão.

Concluindo, a análise ética da política nacional de doação de sangue, no que se refere aos HSH, revela que a mesma é eticamente aceitável e adequada sob a perspectiva dos direitos humanos e que o processo de triagem epidemiológica de HSH para doação de sangue não deve se tornar menos rigoroso. Dado que a situação é dinâmica e considerando o desenvolvimento acelerado de novas tecnologias e mudanças nos padrões epidemiológicos, essas questões deverão permanecer em contínua avaliação, incluindo análise prévia cuidadosa e estudos bem conduzidos sobre as possíveis consequências do risco transfusional.

## Resumen

---

### **Hombres que hacen sexo con hombres y el análisis ético del *screening* de donadores de sangre en el Brasil**

Este trabajo tiene por finalidad el análisis ético de la Resolución n.º 153/2004, de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria del Brasil, sobre los aspectos de los derechos humanos que envuelven la exclusión de los hombres que hacen sexo con hombres (HSH) de la donación de sangre, por el período de un año. Para el análisis ético se usó el modelo propuesto por Mann y Gostin, que utiliza los derechos humanos como parámetro de evaluación de las políticas públicas en salud. El estudio demostró que el propósito de la política nacional de sangre es claro y preciso en lo referente a garantizar la seguridad en transfusiones, bien como que hay evidencias de la efectividad de las medidas del *screening* de laboratorio y epidemiológica. También se verificó que

no hay severa restricción de los derechos humanos de la población de HSH. Considerando que la actual política nacional de sangre de exclusión temporaria de HSH es consistente con las normas y principios de los derechos humanos, se concluye que la referida resolución debe permanecer inalterada.

**Palabras-clave:** Sangre. Donación. Selección. Screening. Homosexualidad masculina. Derechos humanos.

### **Abstract**

---

#### **Men who have sex with men and analysis ethical of blood donors screening in Brazil**

The scope of this study is the ethical analysis of Resolution nº 153/2004 of Brazil's National Health Surveillance Agency, concerning human rights involving the deferral for men who have sex with other men (MSM) in blood donation during one-year period. The Mann & Gostin's model that utilizes human rights as parameter for evaluating health public policies was used for ethical analysis. The study showed that the national blood policy purpose is clear and accurate related to transfusional safety, as well as there are effectiveness evidences of laboratorial and epidemiological screening measures. Still, it was found that there isn't strict restriction of MSM's human rights. Considering that the current national blood policy of MSM temporary exclusion is consistent with human rights norms and principles, this study concluded that mentioned resolution should remain unchanged.

**Key words:** Blood. Donation. Screening. Homosexuality male. Human rights.

### **Referências**

---

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 153, de 14 de junho de 2004 [internet]. Determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Brasília: Anvisa; [acesso 20 abr 2010]. Disponível: [http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao\\_153\\_2004.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao_153_2004.pdf).
2. Gostin L, Mann J. Toward the development of a human rights impact assesement for the formulation and evaluation of public health policies. In: Mann J, Grodin S, Annas GJ, editors. Health and human right. New York: Routledge; 1999. p. 54-71.
3. Mann J. The global picture of aids. J Acquir Immune Defic Syndr 1988;1(3):201-16.

4. Piot P, Plummer FA, Mhalu FS, Lamboray JL, Chin J, Mann JM. Aids: an international perspective. *Science* 1988;239:573-9.
5. Piot P, Laga M, Ryder R, Perriens J, Temmerman M, Heyward W et al. The global epidemiology of HIV infection: continuity, heterogeneity and change. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990;3(4):403-11.
6. Ness PM. Transfusion medicine: an overview and update. *Clin Chem* 2000;46(8):1270-6.
7. La Vecchia C, del Maso L, Franceschi S, Serraino D. Aids in transfusion recipients and hemophiliacs in France and other european countries [letter]. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1996;11(5):512-4.
8. Franceschi S, Dal Maso L, La Vecchia C. Trends in incidence of aids associated with transfusion of blood and blood products in Europe and the United States, 1985-93. *BMJ* 1995;311(7019):1534-6.
9. Suassuna JHR, Rocha PPR, Paiva DR, Cruz VP. Diminuição do risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) em pacientes em hemodiálise no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 1990;32(6):419-27.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual técnico para investigação da transmissão de doenças pelo sangue. Brasília: Ministério da Saúde, Anvisa; 2004. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Programa de Cooperação Técnica Brasil-França. Seminário anual 2001: novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/aids junto aos homens que fazem sexo com homens. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/ Aids. Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. USA. Department of Health and Human Services (HHS). Summary Advisory Committee on Blood Safety and Availability Department of Health and Human Services. 29<sup>th</sup> Meeting [internet] 2006 May 9-10 [cited 2007 Jul 5]. Available: <http://www.hhs.gov/bloodsafety/summaries/SumMay2006.pdf>.
14. Food and Drug Administration. Center for Biologics Evaluation and Research. Blood donations from men who have sex with other men [internet]. Silver Springs: FDA; [updated 18 Jul 2009; cited 5 Jul 2008]. Available: <http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/BloodBloodProducts/QuestionsaboutBlood/ucm108186.htm>.
15. Chiavetta JA, Escobar M, Newman AM, He Y, Driezen P, Deeks S, et al. Incidence and estimated rates of residual risk for HIV, hepatitis C, hepatitis B and human T-cell lymphotropic viruses in blood donors in Canada, 1990-2000. *CMAJ* 2003;169 (8):767-73.
16. Canadian Blood Services. Indefinite deferrals [Internet]. Ottawa: Canadian Blood Service; 1998 [cited 5 Feb 2009]. Available: [http://www.blood.ca/centreapps/internet/uw\\_v502\\_](http://www.blood.ca/centreapps/internet/uw_v502_)

mainengine.nsf/page/Indefinite%20Deferral?OpenDocument#03.

17. Onusida. O Sida e as relações sexuais entre os homens: do ponto de vista da Onusida [internet]. Genebra: Onusida; 1998 Jun [acesso 31 Jul 2006]. 8p. (Coleção Boas Práticas da Onusida). Disponível: [http://data.unAids.org/Publications/IRC-pub05/msmpv\\_pt.pdf](http://data.unAids.org/Publications/IRC-pub05/msmpv_pt.pdf).
18. Brasil. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1988 Jan 27; seção I:1609.
19. Brasil. Decreto nº 95.721, de 11 de fevereiro de 1988. Regulamenta a Lei nº 7.649, de 25/1/1988, que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças. Diário Oficial da União 1988 Fev 12; seção I:2600.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 721, de 9 de agosto de 1989 [internet]. Aprova normas técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências. Brasília: Anvisa; [acesso 20 abr 2010]. Disponível: [http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/721\\_89.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/721_89.pdf).
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993. Aprova alterações na Portaria nº 721/GM, de 9 de agosto de 1989, que aprova normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1993 Dez 2; seção I.
22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 343, de 13 de dezembro de 2002 [internet]. Aprova o regulamento técnico para a obtenção, testagem, processamento e controle de qualidade de sangue e hemocomponentes para uso humano. Brasília: Anvisa; [acesso 20 abr 2010]. Disponível: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1376-93.pdf>
23. Friedland GH, Klein RS. Transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1987;317(18):1126-35.
24. Selik RM, Ward JW, Buehler JW. Trends in transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome in the United States, 1982 through 1991. *Transfusion* 1993;33:890-3.
25. Ippolito G, Galati V, Serraino D, Girardi E. The changing picture of the HIV/Aids epidemic. *Ann N Y Acad Sci* 2001;946(1):1-12.
26. Lackritz EM, Satten GA, Aberle-Grasse J, Dodd RY, Raimondi VP, Janssen RS et al. Estimated risk of transmission of the human immunodeficiency virus by screened blood in the United States. *N Engl J Med* 1995;333(26):1721-5.
27. Shrestha PN. Transmission of HIV through blood or blood products in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J* 1996;2(2):283-9.
28. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública* 2000;16(Supl 1):7-19.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico de Aids/DST 2005 Dez;2(1).
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico de Aids/DST 2008 Dez;5(1).
31. Szwarcwald CL, Barbosa A. Possíveis efeitos provocados por mudanças no processo de triagem de doadores de sangue do sexo masculino, de acordo com a orientação sexual. Brasília: Ministério da Saúde, DST/Aids; 1998.
32. Germain M, Remis RS, Delage G. The risks and benefits of accepting men who have had sex with men as blood donors. *Transfusion* 2003;43:25-33.
33. Soldam K, Sinka, K. Evaluation of the de selection of men who have had sex with men from blood donation in England. *Vox Sang* 2003;84:265-73.
34. Spencer B, Rios J; Cable R. Marginal recruitment impact of potential alterations to FDA deferral criteria for men who have sex with men. [letter]. *Transfusion* 2006;46:869-70.
35. Godoi AMM, Hamann EM, Gonçalves MJ, Lima, FS, Costa MP, Hollanda D. Comportamento sexual e cidadania junto à população de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal. Brasília: Nesp/Ceam/Universidade de Brasília; 2005.

Recebido: 28.4.2010

Aprovado: 21.10.2010

Aprovação final: 26.10.2010

## **Contatos**

---

Mirtha Susana Yamada Tanaka - [misutanaka@yahoo.com.br](mailto:misutanaka@yahoo.com.br)

Aline Albuquerque de Oliveira - [aline.oliveira@saude.gov.br](mailto:aline.oliveira@saude.gov.br)

Mirtha Susana Yamada Tanaka - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)/Gerência Geral de Toxicologia. Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) - Trecho 5, Área Especial 57 CEP 71205-050 Brasília/DF, Brasil.